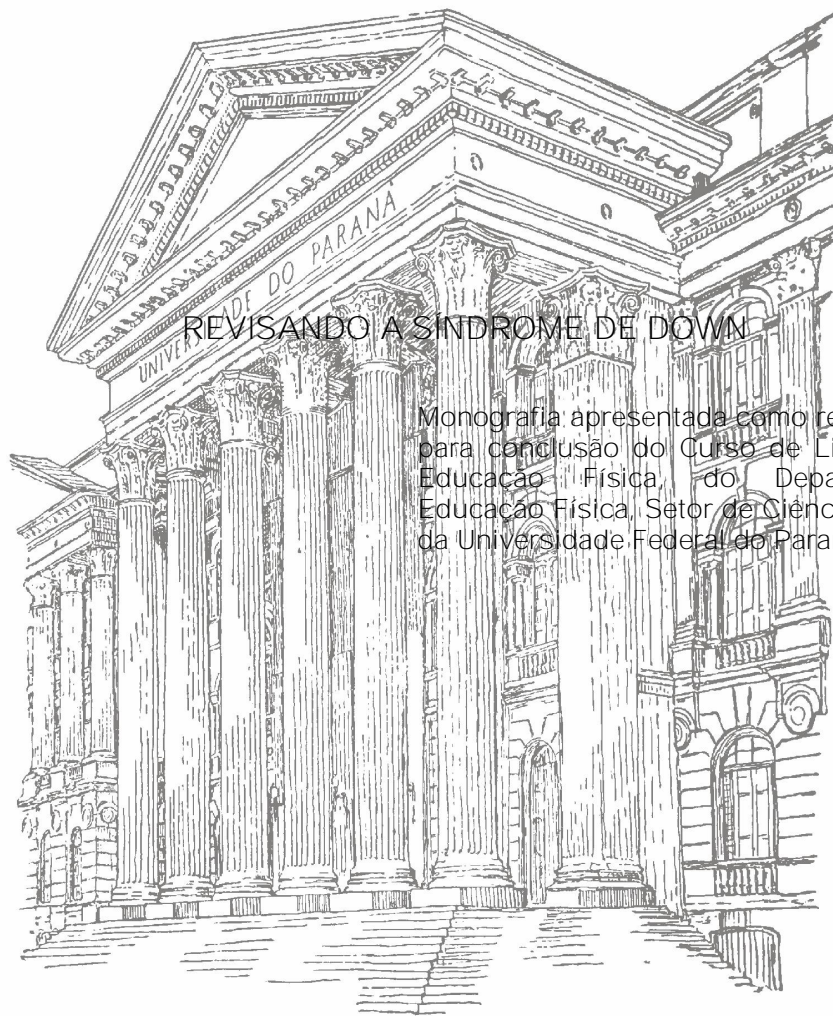


CAMILA PENTEADO SANCHES



REVISANDO A SÍNDROME DE DOWN

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do Curso de Licenciatura em Educação Física, do Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Paraná.

CURITIBA

2006

CAMILA PENTEADO SANCHES

REVISANDO A SÍNDROME DE DOWN

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do Curso de Licenciatura em Educação Física, do Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Paraná.

ORIENTADORA PROF^a DR^a RUTH EUGÊNIA AMARANTE CIDADE

Dedico esta monografia aos meus pais (Márcia e André) e meus irmãos (Matheus e Nayara), por terem me apoiado nos momentos mais difíceis e me incentivado a continuar e nunca desistir; ao meu noivo (Marcelo) por ser compreensivo e estar sempre ao meu lado, mesmo à distância; aos meus amigos (todos) pela força; e a minha orientadora (Ruth) que me ajudou e me ensinou muito e também me fez enxergar esse mundo maravilhoso e gratificante, que é o “mundo Down”.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1 DEFICIÊNCIA MENTAL.....	4
1.1 DEFINIÇÕES DE DEFICIÊNCIA MENTAL.....	5
2 SÍNDROME DE DOWN.....	8
2.1 ATUALIDADES SOBRE SÍNDROME DE DOWN.....	12
3 ATIVIDADE MOTORA ADAPTADA NA SÍNDROME DE DOWN.....	15
3.1 HABILIDADES ADAPTATIVAS.....	17
3.1.1 Habilidades Adaptativas e Atividade Motora Adaptada.....	20
CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo verificar se houve avanços ou melhoras para o portador da Síndrome de Down, assim como na atividade motora adaptada, através de uma revisão bibliográfica. A metodologia utilizada foi uma pesquisa realizada em livros e sites especializados no assunto. Com este estudo verificou-se que os avanços mais significativos se deram na área médica, com relação ao diagnóstico e prevenção. A deficiência mental vem sofrendo modificações referente a nomenclatura e conceitos durante essas últimas décadas, hoje ela se caracteriza por um funcionamento intelectual abaixo da média e que coexiste junto com limitações em duas ou mais áreas das habilidades adaptativas. Dentre as diversas deficiências mentais existentes a mais conhecida é a Síndrome de Down, que se dá através de um transtorno genético, onde existe a presença de um cromossomo extra no par 21 das células. Os portadores dessa síndrome apresentam características físicas marcantes como: olhos amendoados, língua grande, encurtamento dos dígitos, prega única na palma das mãos, entre outras, além disso o desenvolvimento motor e cognitivo desses indivíduos se dá de forma mais lenta do que nos indivíduos comuns. Nesses últimos anos exames mais sofisticados surgiram para que o diagnóstico da síndrome tivesse mais precisão. Com relação à atividade motora adaptada, somente nos anos de 1950 é que começaram a se preocupar com as atividades voltadas para os portadores de necessidades especiais, até então essas pessoas eram excluídas dessa área. Hoje tanto os portadores de Síndrome de Down quanto os de outras deficiências podem contar com atividades mais específicas e direcionadas, para que possam ter um desenvolvimento mais amplo e de acordo com as necessidades de cada um. Por conta de uma equipe formada pelos pais, professores, e profissionais da saúde, que trabalham sempre em conjunto, é que os indivíduos com Síndrome de Down puderam ter uma maior expectativa e qualidade de vida.

Palavras chaves: deficiência mental, síndrome de down, atividade motora adaptada.

INTRODUÇÃO

O indivíduo “diferente”, durante muitas décadas vem sendo marginalizado, deixado de lado, pela sociedade. Isso ocorre porque esta sociedade tem uma enorme dificuldade em aceitar as pessoas que se encontram fora dos padrões ditos como normais. Os deficientes mentais que sofrem discriminações podem vir a desenvolver sérios problemas de auto-estima (FERREIRA,1998).

Para Marques (2001) a deficiência sempre esteve revestida de uma imagem negativa, muitas vezes maligna, cuja origem estaria ligada a atos pecaminosos dos homens ou a arbitrariedades e forças superiores. Sendo assim, para muitos a chegada de uma criança “especial” é vista como uma forma de castigo, por algo que os pais possam ter cometido.

Em algumas tribos indígenas crianças que nascem com algum tipo de anormalidade são sacrificadas, pois são consideradas incapazes de realizar tarefas como, pescar, caçar, entre outras atividades (CIDADE e FREITAS, 2005).

Podemos dizer que hoje o sentimento de repugna vem sendo substituído em nossa sociedade pela compaixão e “dó”, sentimento do qual nenhum portador de necessidade especial necessita.

Durante muito tempo os deficientes permaneceram desamparados pela lei, não tinham seus direitos garantidos, somente na década de 1970 mais precisamente em 1975, é que surge a “Declaração dos Direitos do Deficiente”, garantindo assim direitos como atendimento as pessoas deficientes e superdotadas no ensino de primeiro e segundo grau (EDUCAÇÃO, 2001).

Historicamente o deficiente mental já foi intitulado de diversas formas, por muito tempo ele foi chamado de excepcional; atrasado mental; idiota; mongolóide; débil mental; etc.

Podemos encontrar várias definições sobre deficiência mental. Segundo Alonso (1995), deficiência mental é a dificuldade na aprendizagem e na execução de habilidades da vida diária.

Já para a Associação Americana de Desenvolvimento Mental, é a condição na qual o cérebro está impedido de atingir um desenvolvimento adequado, dificultando a aprendizagem do indivíduo, privando-o de ajustamento social (FONSECA, 1995).

A definição de retardo mental para a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR), caracteriza-se por um funcionamento intelectual inferior à média, que geralmente coexiste junto com a limitação de outras áreas das habilidades de adaptação, como: comunicação, autocuidado, habilidades sociais, autodireção, saúde e segurança, atividades acadêmicas, tempo livre e trabalho. Esse atraso se dá antes dos 18 anos de idade (LUCKASSON e col., 1992; citado por ALONSO, 1995).

Segundo Cidade e Freitas (2005) um dos indicadores de deficiência mental é o quociente de inteligência (QI) abaixo de 70, associados a limitações nas habilidades adaptativas.

O grupo das deficiências mentais é muito amplo, a mais conhecida é a Síndrome de Down que se dá através de um transtorno genético; este assunto será melhor desenvolvido nos próximos capítulos.

Foi pensando na falta de informação e sensibilidade das pessoas para com a deficiência mental, mais precisamente a Síndrome de Down, que resolvi desenvolver este estudo. A sociedade precisa se conscientizar de que o indivíduo com Síndrome

de Down não deve ser ignorado nem subestimado, não devendo também ser superprotegido; apenas tratado com respeito e consideração, assim como qualquer pessoa merece. Tirando suas limitações, que aliás todos nós temos, são pessoas comuns.

Neste aspecto o estudo será relevante para verificar as publicações bibliográficas dos últimos 5 anos na área, e qual a aplicação que tem na atividade motora adaptada.

Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre Síndrome de Down e verificar se houve avanço e melhora para os portadores de Síndrome de Down, bem como na atividade motora adaptada nestes últimos 5 anos.

O método utilizado para realização deste trabalho é de revisão bibliográfica, através da leitura de livros sobre deficiência mental, Síndrome de Down e atividade motora adaptada; texto base como: El cambio de paradigma em la concepcion Del retraso mental – la nueva definicion de la AAMR; e visitas à sites como: special olympics, apae, sos down, entre outros.

1. DEFICIÊNCIA MENTAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 10% da população de países em desenvolvimento possuem alguma deficiência, sendo que 5% são portadores de deficiência mental. (BALLONE, 2003)

Para que se possa combater as deficiências mentais, antes é preciso saber quais são as causas gerais. Em 80% dos casos são motivados por fatores externos: a) desnutrição, assistência médica inadequada; b) ingestão ou inalação de substâncias nocivas durante a gestação; c) ocorrência de doenças durante a gestação (sífilis, rubéola); d) doenças na infância (sarampo, meningite, poliomielite, hipotireoidismo); e) traumas físicos; f) falta de oxigenação no cérebro, e 20% são motivados por fatores genéticos (SPECIAL OLYMPICS, 2006).

Para Cidade e Freitas (2005), as causas podem ser divididas em dois fatores determinantes: fatores orgânicos (genéticos, pré-natal, perinatal e pós-natal.) e os fatores ambientais (cultural e o familiar que tem relação com as variáveis genéticas e ambientais).

Hoje sabemos que a deficiência era vista, a alguns anos atrás, de forma negativa, como sendo algo maligno muitas vezes, sua origem estaria ligada a atos pecaminosos dos homens, ou a arbitrariedade e forças superiores. Sendo assim, para muitos a chegada de uma criança “especial” era vista como uma forma de castigo, por algo que os pais teriam cometido (MARQUES, 2001).

No século XIX o retardo mental tinha um conceito diferente de outras patologias. Os primeiros trabalhos não diferenciavam deficiência mental de surdo-mudo, epilético e louco. Eram considerados como uma variante da demência, de origem biológica. Somente com Jean Esquirol é que o retardo mental se caracterizou

como sendo um déficit intelectual constante, de origem orgânica e incurável (ALONSO, 1995).

Com o avanço da tecnologia, hoje em dia já é possível realizar exames nos primeiros dias de vida do bebê, o “Teste do Pezinho”, com ele é possível detectar, através de uma gota de sangue retirada do calcanhar, doenças que se não forem tratadas poderão levar a algum tipo de deficiência mental. (APAE, 2006).

1.1 DEFINIÇÕES DE DEFICIÊNCIA MENTAL

O conceito de deficiência mental para a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR), é caracterizado por um funcionamento intelectual inferior a média, que geralmente coexiste junto com a limitação de outras áreas das habilidades de adaptação, como: comunicação, utilização dos recursos da comunidade, autocuidado, habilidades de vida no lar, habilidades sociais, autonomia, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, tempo livre e trabalho. Esse atraso se dá antes dos 18 anos de idade. (LUCKASSON e col. 1992; citado por ALONSO, 1995).

Segundo Ballone (2003) o fato da deficiência mental ocorrer antes dos 18 anos caracteriza um transtorno do desenvolvimento e não uma alteração cognitiva.

Já para Alonso (1995) a deficiência mental deve se manifestar antes dos 18 anos, pois é nessa idade que o indivíduo assume em nossa sociedade responsabilidades de adulto.

Segundo Bäuml (2001) antigas denominações como idiota, imbecil e débil foram abolidas, dando novas denominações de acordo com o grau de deficiência: profundo, severo, moderado e leve.

Ao contrário do que diz Bäuml, Ballone (2003) aconselha que não se considere mais o grau profundo, severo, moderado e leve, e sim que seja especificado o grau de comprometimento funcional adaptativo.

O quociente de inteligência (QI) abaixo de 70, associado a limitações nas habilidades adaptativas, é um dos indicadores de deficiência mental (CIDADE e FREITAS, 2005).

Em 1973 os níveis (leve, moderado, severo e profundo) propostos pelo teste de QI baseado em Stanford-Binet, foi substituído pelo novo conceito que passa a dar prioridade ao comportamento adaptativo. As principais mudanças da nova concepção de retardo mental deram-se nas décadas de 70 e 80. A nova definição está baseada em um enfoque multidimensional, que amplia os conceitos de retardo mental, evitando a confiança depositada somente no QI (ALONSO, 1995).

Dessa forma nem todos os deficientes mentais precisam de apoios nas áreas não afetadas, muitos deles podem aprender várias coisas, chegando à vida adulta relativamente independentes (BALLONE, 2003).

A AAMR estabelece quatro dimensões de evolução para diagnosticar, identificar e atender o portador de deficiência mental:

Dimensão I: funcionamento intelectual e habilidades adaptativas;

Dimensão II: considerações psicológico-emocionais;

Dimensão III: considerações físicas de saúde e etiologia;

Dimensão IV: considerações ambientais (CIDADE, 1998).

Para que se obtenha melhores resultados no tratamento de deficientes mentais, é necessário seguir três passos:

- I) Fazer um diagnóstico do retardo mental: verificar se o retardo mental se deu antes dos 18 anos; se existe incapacidade significativa em duas ou mais áreas; e se o funcionamento intelectual está inferior a 70.
- II) Identificação e classificação dos pontos fortes e debilidades do sujeito: descrever os pontos fortes e as debilidades do indivíduo, em relação aos aspectos psicológicos e emocionais; o estado físico e de saúde indicando a origem da incapacidade; descrever também os hábitos do sujeito e o ambiente que proporcionaria um crescimento e um desenvolvimento contínuo.
- III) Identificação e intensidade dos apoios: identificar o tipo e a intensidade do apoio, dentro das quatro dimensões.

Os apoios são classificados quanto as suas intensidades:

Intermitente: apoio “quando necessário”. Caracteriza-se por sua natureza episódica. Assim, a pessoa não precisa sempre de apoio ou requer apoio de curta duração durante momentos de transição em determinados ciclos da vida. Os apoios intermitentes podem ser de alta ou baixa intensidade.

Limitado: apoios intensivos caracterizados por sua duração, por tempo limitado, mas não intermitente. Podem requerer um menor número de profissionais e menores custos que outros níveis de apoio mais intensivos.

Extenso: apoios caracterizados por sua regularidade (por exemplo, diária) em pelo menos em algumas áreas, e sem limitação temporal.

Generalizado: apoios caracterizados por sua constância e elevada intensidade, proporcionados em diferentes áreas, para proporcionar a vida. Estes apoios generalizados exigem mais pessoal e maior intromissão que os apoios extensivos ou os de tempo limitado (ALONSO, 1995, p. 14).

2. SÍNDROME DE DOWN

A Síndrome de Down está localizada dentro do grupo das deficiências mentais, ela foi descoberta pela primeira vez em 1838 por Jean Esquirol. Em 1846 Edouard Seguin descreveu pessoas que possivelmente teriam Síndrome de Down, denominando-as de “idiotas furfurácea”. Mas somente em 1866 que John Langdon Down publicou oficialmente um trabalho, onde divulgou algumas das características da síndrome, que leva seu nome. Foram citados: os cabelos como sendo de cor castanha, liso e escasso, rosto achatado e largo, olhos posicionados em linhas oblíquas e o nariz pequeno. Ele ainda acrescentou que essas crianças tinham grande poder de imitação (PUESCHEL, 1995).

O fato é que quando nasce uma criança com Síndrome de Down os pais ficam se perguntando o porquê daquilo acontecer naquela família, a vida parece acabar no instante do nascimento. A partir daí inicia-se uma longa batalha, onde os pais passarão por um momento de dor muito grande, algo parecido com a perda; logo após vira o luto, período de recolhimento e reflexão, e só depois com o apoio de todos os familiares é que tomarão fôlego para continuar a viver e educar esta criança. A síndrome não escolhe raça, religião nem condição social.

A Síndrome de Down nada mais é do que a presença de um cromossomo extra na célula do indivíduo, por isso também é conhecida por Trissomia do Cromossomo 21. Nós possuímos em nossas células 46 cromossomos (23 pares), se durante a divisão celular o cromossomo 21 ficar com três cromossomos ao invés de dois, a criança nascerá com a Síndrome de Down (SOS DOWN, 2006).

“A Trissomia 21 é a designação genética que identifica as pessoas que nascem com sinais morfológicos específicos de três tipos diferentes: Trissomia 21 regular, Translocação e Mosaicismo.” (MORATO, 1993; citado por CIDADE 1998).

Para Pueschel (1995) a Trissomia 21 simples é a presença de um cromossomo extra no par 21 nas células. Na trissomia por Translocação, 3% a 4% tem um problema diferente, o número total de cromossomos nas células é de 46, mas o cromossomo 21 está ligado a outro cromossomo. Nesta situação o terceiro cromossomo 21 não está “livre”, mas sim ligado ou translocado a outro, que geralmente é o 14, 21 ou 22. No caso da Translocação aproximadamente 1/3 dos casos, um dos pais é “portador”. A trissomia por Mosaicismo é o tipo menos comum, ocorre apenas em 1% dos casos. São encontrados 47 cromossomos em algumas células e em outras 46, formando assim um quadro em mosaico. Independente do tipo da trissomia é sempre o cromossomo 21 o responsável pelos traços físicos e função intelectual limitada, observados na grande maioria das crianças com Síndrome de Down.

Outras causas relacionadas à Síndrome de Down, além da trissomia 21, são: exposição ao raio x, administração de certas drogas, problemas hormonais ou imunológicos, espermatozoides e infecções virais específicas. (CIDADE, 1998).

Os indivíduos portadores da Síndrome de Down possuem uma aparência semelhante com a dos povos da Mongólia, por isso eram chamados erroneamente de mongolóides ou mongol, esta expressão foi banida, pois acabou se tornando uma forma de insultar as pessoas.

Na Trissomia 21 podemos observar algumas características marcantes: a) perfil achatado; b) orelhas pequenas; c) olhos com fendas palpebrais oblíquas; d) língua grande, protrusa e sulcada; e) encurtamento dos quintos dígitos; f) aumento da

distância entre o primeiro e o segundo artelho; g) prega única nas palmas (RODINI e SOUZA, 1998).

Além das características físicas marcantes, podemos detectar também um desenvolvimento cerebral deficiente, ao nascer os portadores apresentam microcefalia. É observado um decréscimo no peso total do cérebro. Exames podem mostrar que o cérebro é menor que o normal, são documentados também deficiências específicas em áreas que envolvem habilidades auditivas, visuais, de memória e linguagem (RODINI e SOUZA, 1998).

Nas habilidades visuais a catarata congênita é um sério problema, se não for diagnosticada e tratada poderá levar à perda da visão. Se o exame oftalmológico feito no bebê ao nascer não apresentar como resultado o reflexo vermelho, um oftalmologista deverá ser consultado imediatamente (FILHO, 1996).

Na linguagem podemos observar que as crianças portadoras da Síndrome de Down começam a falar mais tarde, mas isso não significa que elas não entendem o que estamos dizendo. A compreensão é anterior à expressão (BIBAS, 1999).

Aproximadamente 14% dos indivíduos com Síndrome de Down apresentam um aumento de mobilidade na coluna cervical ao nível da primeira e segunda vértebra. À este aumento de mobilidade se dá o nome de Instabilidade atlantoaxial. A maioria dos indivíduos com instabilidade atlantoaxial são assintomáticos, mas aproximadamente 10% destes indivíduos tem sintomas, que ocorrem quando a coluna vertebral é comprimida por excessiva mobilidade (das duas vértebras que formam a junta atlantoaxial). Recomenda-se que testes radiográficos para a detecção da instabilidade atlantoaxial sejam feitos à partir dos 2 anos de idade, pois é quando as atividades começam a ficar mais impactantes. Como a instabilidade das articulações pode mudar com o tempo, é recomendado que se faça uma

reavaliação: aos 12 anos; 18 e uma vez na idade adulta. Já para aqueles indivíduos que apresentarem resultados anormais nos testes, ou seja, apresentarem a instabilidade atlantoaxial, devem ser reavaliados com uma certa frequência (FILHO,1996).

Hoje estima-se que a incidência de nascimentos de crianças com Síndrome de Down é de 1 em 600 a 1 em 700 casos. Para as mulheres com mais de 40 anos de idade a chance de ter filhos com Down é maior, a probabilidade é de: 0,9% para mulheres com 40 anos; 1,5% com 42 anos; e 4,4% com 45 anos (SOS DOWN, 2006).

Devido ao maior envolvimento de pais, educadores e profissionais da saúde, os portadores da síndrome passaram a ter uma idade de sobrevivência maior. No início do século XX os indivíduos com Down viviam em média cinco anos, na metade do século essa idade aumenta para 15 anos e hoje estima-se que esta pessoa tenha o tempo de vida similar à dos indivíduos ditos normais (MUSTACCHI, 2006).

Para a Síndrome de Down não existe a cura, mas existem alguns exames que podem ser feitos durante a gravidez, para detectar alguma alteração fetal.

De acordo com Mustacchi (2006) exames como amniocentese e punção vilo corial possuem grande especificidade e segurança nos diagnósticos da Síndrome de Down, ambos exames têm a função de diagnosticar alterações cromossômicas. Existem também outros dois tipos de exames que podem ajudar na detecção da Síndrome de Down, são eles: translucência nuchal, detecta alterações cromossômicas; ultra-som morfológico, usado para investigar mal formações fetais.

QUADRO 1 – EXAMES PARA DIAGNOSTICAR DOENÇAS GENÉTICAS - 2006

Exame	Detecta	Quando Fazer
Vilocorial	Alterações cromossômicas e doenças congênitas	Entre 11ª e 14ª semana
Amniocentese	Alterações cromossômicas	Entre 14ª e 20ª semana
Ultra-som morfológico	Malformações	A partir da 18ª semana
Translucência nuchal	Alterações cromossômicas	Entre 11ª e 14ª semana
Doppler do duto venoso	Alterações cromossômicas e problemas cardíacos	Entre 11ª e 14ª semana

Fonte: Diehl 2006

A criança portadora da Síndrome de Down poderá levar uma vida normal, como qualquer criança. Para que isso aconteça é preciso que os pais detectem a síndrome o mais cedo possível (para isso existem os exames acima citados), tendo assim a possibilidade de planejar o que poderá ser feito para que essa criança tenha o estímulo adequado e um bom desenvolvimento.

2.1 ATUALIDADES SOBRE A SÍNDROME DE DOWN

As mulheres que pretendem engravidar agora podem contar com um grande aliado para evitar que seus bebês venham a nascer com Síndrome de Down, é ácido fólico. De acordo com estudos realizados pelo Centro de Genética Médica da Unifesp, essa vitamina (ácido fólico) é encontrada em alimentos como: espinafre, agrião, brócolis, fígado e também na forma de suplementos; ela tem como função

auxiliar a diminuição do risco de anencefalia (ausência de cérebro) e outras mal formações do feto. Na pesquisa realizada o resultado encontrado foi que, mães de crianças com Down tinham uma sutil alteração nas cópias do gene MTHFR e uma elevada quantidade de homocisteína, mulheres com essa substância em quantidades elevadas tem a probabilidade de 2,5 vezes maior de ter um filho com Síndrome de Down. A mutação desse gene leva a produção alterada da enzima MTHFR, que atua na transformação da homocisteína em aminoácido metionina. Como consequência do acúmulo de homocisteína e baixa quantidade de metionina, temos a divisão celular afetada, é nesse momento que surgem os defeitos genéticos. A importância do ácido fólico se dá nesse momento, ele ajudará a corrigir a enzima deficiente e a equilibrar os níveis de homocisteína, o uso dessa vitamina é recomendado dois meses antes de engravidar e nos três primeiros meses de gestação (PEREIRA, 2006).

Segundo Moeller (2006) os cientistas do Projeto Genoma Humano ao terminar de descrever o cromossomo 21 chegaram a uma conclusão, de que nele além de estar localizado o gene causador da Síndrome de Down também está o gene causador da doença de Alzheimer. Em pesquisas recentes, pesquisadores concentraram-se em um determinado gene que é fundamental para produção de energia e utilização de oxigênio no interior da célula. Há a hipótese de que um defeito nesse gene poderia levar a produção de radicais livres de oxigênio, influenciando tanto a Síndrome de Down como a doença de Alzheimer. Pelo fato dos portadores da trissomia do 21 terem uma cópia a mais desse gene, esse excesso pode impedir o estabelecimento das conexões corretas entre as células cerebrais durante o desenvolvimento fetal. Como resultado disso tudo temos, entre outros fatores, o atraso no desenvolvimento mental da criança com Down, esta criança se

desenvolverá mentalmente na metade da velocidade normal durante os três primeiros anos, após os três anos esse ritmo se reduzirá a um terço em relação à criança dita normal. A evolução física também atrasará.

3. ATIVIDADE MOTORA ADAPTADA NA SÍNDROME DE DOWN

A educação física só começou a se preocupar com a atividade física para deficientes no final dos anos de 1950. Até então a preocupação era educar corpos fortes, perfeitos e saudáveis, criou-se a educação física adaptada, onde os profissionais tinham que lidar com situações completamente opostas, ou seja, educar um corpo imperfeito, sem rendimento e com necessidades de técnicas específicas (COSTA e SOUSA, 2004).

Esse abandono dos deficientes com relação à atividade motora adaptada, se dá também por parte dos profissionais de educação física. A partir do momento que este profissional negligencia a existência do aluno diferente numa sala, ele está abandonando este indivíduo, isso geralmente ocorre quando há um grupo muito heterogêneo, ou quando o deficiente está inserido num grupo de indivíduos normais. Por outro lado a superação do indivíduo também se apresenta como forma de rejeição, não dando assim condições para o desenvolvimento da autonomia (GIMENEZ, 2005).

São encontrados alguns problemas no desenvolvimento das crianças com Síndrome de Down como: problemas de crescimento físico; alterações cardíacas e respiratórias; problemas de obesidade, alterando equilíbrio e postura; hipotonia generalizada e problemas músculo-ligamentares podem interferir na prática de atividades físicas (CIDADE 1998).

Para Pick e Zuchetto (2000) é importante trabalhar o objetivo orgânico porque o portador da Síndrome de Down necessita desenvolver a força, a resistência muscular e a cardiovascular. Nos objetivos sociais serão trabalhadas as dificuldades de adaptação social procurando melhorar a auto-imagem, a linguagem, a

comunicação, a expressão, etc. Já no objetivo interpretativo deverá ser trabalhado o desenvolvimento cognitivo, através de regras, estratégias e problemas sugeridos ao longo do jogo. As atividades nas aulas de Educação Física deverão estar relacionadas à idade mental de cada criança.

Portanto, de acordo com Cidade e Freitas (2005), o objetivo da atividade motora adaptada é proporcionar ao indivíduo um desenvolvimento global envolvendo adaptações do equilíbrio requerido pela sua deficiência; identificar as necessidades e capacidades de cada um; facilitar a independência e a autonomia, e também o processo de inclusão e aceitação na sociedade.

Existem as crianças assintomáticas com instabilidade atlantoaxial, para essas devem ser feitas restrições apenas nas atividades impactantes, ou seja, que traga riscos de danos para a coluna cervical. Dentre essas atividades estão: futebol, rugby, boxe, luta, acrobacias (cambalhotas) e mergulho (FILHO, 1996).

Algumas crianças podem apresentar certas dificuldades para realizar tarefas do tipo: saltar, saltitar, correr, pular, manipular objetos, arremessar, escrever, até mesmo dificuldades para se locomover e nas atividades da vida diária (GORLA, ARAÚJO e CARMINATO, 2004).

Para que o portador da Síndrome de Down tenha um bom desenvolvimento motor é necessário estimular da seguinte forma: deixar a criança no chão; deixar que ela tenha liberdade de movimentos; colocá-la bastante de bruços; evitar cadeirão e carrinhos de bebê por muito tempo; deixá-la em contato com superfícies variadas; dar à ela objetos diversos e materiais que estimulem a coordenação motora fina; jogar bola; jogos que envolvam movimentos como correr, saltar e lançar; e iniciar a prática da natação (BIBAS, 1999).

Segundo Bibas (1999), grande parte dos bebês com Síndrome de Down tem a musculatura hipotônica (flácida). Para que se tenha um bom desenvolvimento é necessário investir em atividades que visam a movimentação global, como: rolar, ficar de decúbito ventral, rastejar e engatinhar.

3.1 HABILIDADES ADAPTATIVAS

No início dos anos 60 o conceito de retardo mental era baseado exclusivamente em cima do QI. Pelo fato de se considerar apenas os testes de QI feito no indivíduo ele era enquadrado dentro de um dos cinco níveis propostos: limítrofe, leve, moderado, severo e profundo. No decorrer dos anos houve mudanças, porém não muito significativas. Nos anos 80 as principais mudanças ocorreram na incorporação do conceito de conduta adaptativa como sendo parte da definição, e na classificação de pessoas com baixo QI, que passa a ser considerada como baixa inteligência e não retardo mental. Mas foi em 1992 que a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR) adotou uma nova definição para retardo mental, essa definição passa a levar em conta somente as limitações que coexistam junto com duas ou mais áreas de habilidades adaptativas funcionais, se for diagnosticado apenas um funcionamento intelectual limitado, abaixo da média, não será mais suficiente para a confirmação do retardo mental. Essa forma de classificar a deficiência mental através das habilidades adaptativas é usada até hoje (ALONSO, 1995).

Cada habilidade adaptativa contempla determinado conteúdo a ser trabalhado, são eles:

Comunicação: habilidades que influenciam a capacidade de compreender e transmitir informação através de comportamentos simbólicos (palavra falada, palavra

escrita/ortografia, símbolos gráficos, língua de sinais) ou comportamentos não simbólicos (expressão facial, movimento corporal, tocar, gestos). Exemplos concretos incluem a capacidade de compreender ou de receber uma recomendação (conselho, sugestão), uma felicitação, um comentário, um protesto...Habilidade de nível mais elevado de comunicação (p. ex. escrever uma carta) estariam também relacionadas com habilidades acadêmicas funcionais.

Auto Cuidado: habilidades que implicam em anseio, vestir-se, alimentar-se. Higiene e aparência física.

Habilidades de Vida no Lar: habilidades relacionadas com o funcionamento dentro de casa, tais como cuidado com a roupa, tarefas de casa, cuidado com a casa, preparação da comida, planejamento e elaboração da lista de compra, segurança da casa, planejamento diário. Comunicação de preferências e necessidades, interação social e aplicação de habilidades acadêmicas na casa.

Habilidades Sociais: incluem relações sociais com outros indivíduos, incluindo o iniciar, manter e finalizar uma interação com outros, reconhecer sentimentos, proporcionar feedback positivo e negativo, regular o comportamento dele mesmo regulando a quantidade e o tipo de interação com outros, ajudar os outros, fazer e manter amizades, entender o significado da honestidade, controlar os impulsos, adequar sua conduta às normas, mostrar um comportamento sócio-sexual apropriado.

Utilização dos Recursos da Comunidade: incluindo transporte, comprar em feiras, armazéns e supermercados, utilização de outros serviços da comunidade como padaria, posto de saúde, farmácia, igreja, lanchonete, livraria, parques; habilidades relacionadas incluem o comportamento na comunidade como assistir a uma peça teatral e visitar outros lugares que tenham eventos culturais. Incluem

também a comunicação das preferências e necessidades, interação social e aplicação de habilidades acadêmicas funcionais.

Saúde e Segurança: habilidades relacionadas com a manutenção da saúde, tais como comer, identificar sintomas de enfermidades, tratamento e prevenção de acidentes, primeiros socorros, sexualidade, ajuste físico, considerações básicas sobre segurança (regras e leis, utilização do cinto de segurança, atravessar as ruas, buscar ajuda), ir ao médico regularmente e hábitos pessoais. Habilidades relacionadas incluem um comportamento adequado na comunidade, comunicar preferências e necessidades, participar de interações sociais e aplicar habilidades acadêmicas funcionais.

Habilidades Acadêmicas Funcionais: habilidades cognitivas e habilidades relacionadas com aprendizagem escolares, que tenham aplicação direta com a vida (escrever, ler, utilizar de um modo prático os conceitos matemáticos básicos, conceitos básicos de ciências e todos aqueles relacionados com o conhecimento do entorno físico e a própria saúde e sexualidade, geografia e estudos sociais). É importante destacar que esta área não se centra somente em ganhos acadêmicos mas também contribui para uma vida independente.

Lazer: refere-se ao interesse do lazer e tempo livre (entretenimento individual e com outros) que refletem as preferências e escolhas pessoais, se a atividade pode ser realizada em público, as normas associadas à idade e cultura. As habilidades incluem escolhas e interesses de iniciativa própria, utilização e desfrute das possibilidades de lazer em casa e na comunidade e as atividades recreativas sozinho e com os outros, respeitar horários, finalizar ou recusar atividades de lazer, ampliar a duração da participação e aumentar o repertório de interesses, conhecimentos e habilidades. Habilidades associadas incluem o comportamento

adequado em lugares de lazer, comunicar preferências, participar da interação social, aplicar habilidades acadêmicas funcionais.

Trabalho: habilidades relacionadas com desenvolvimento de um trabalho em tempo integral ou parcial na comunidade, em termos de habilidades laborais específicas, comportamento social apropriado e habilidades relacionadas com o trabalho (finalizar tarefas, conhecimento dos horários), habilidades para buscar ajuda, receber críticas, aplicação das habilidades acadêmicas funcionais (manejo de dinheiro), e habilidades relacionadas com o ir e vir do trabalho, preparar-se para o trabalho e interação com os outros.

Autonomia: habilidades relacionadas com a auto sustentação como por exemplo, aprender a seguir um horário, iniciar atividades adequadas aos lugares, condições, horários e interesses pessoais, completar as tarefas necessárias ou requeridas, buscar ajuda em casos necessários, resolver problemas em situações familiares, demonstrar assertividade adequada e habilidades de auto cuidado (defesa) (ALONSO,1995,p.15).

3.1.1 Habilidades Adaptativas e Atividade Motora Adaptada

Como um exercício da aplicação das habilidades adaptativas na atividade motora adaptada , darei aqui algumas sugestões de atividades para cada uma das habilidades. Considerando as habilidades adaptativas é possível elaborar atividades que venham trazer para o aluno um desenvolvimento mais amplo, de acordo com as necessidades desse individuo. Os exemplos que seguem abaixo são pensados para as pessoas com Síndrome de Down, mas que necessitam de pouco apoio, ou seja, apoio intermitente.

Comunicação: para que o sujeito possa se expressar tanto física quanto oralmente, é necessário que seja uma pessoa sociável, para desenvolver a socialização e a comunicação podemos realizar jogos cantados.

Ex: “Passa João”

Com os alunos sentados em círculo, o professor inicia pegando uma bola e cantando a canção “Passa João”: *“O João vai passar , ele ainda não chegou, ele ainda não chegou, ele acabe de chegaaaaar!”*. Enquanto isso, os participantes passam a bola de mão em mão para os colegas, até que todos os componentes do círculo a tenham tocado. Ao parar a música, a bola pára de ser passada e aquele que estiver com a bola deverá imitar um bicho. Nesse tipo de brincadeira devemos estimular o aluno a participar do jogo cantando (DIEHL, 2006).

Auto cuidado: nesta habilidade esta incluído o ato de vestir-se sozinho, para que o individuo tenha essa autonomia é importante que ele tenha uma coordenação motora fina bem desenvolvida para que possa realizar atividades como amarrar os sapatos, abotoar a camisa, entre outras.

Ex: Nó Lenço

Sentados em seus lugares, em colunas ou fileiras em igual número de integrantes, representando as equipes. O último de cada coluna ou fileira estará segurando um lenço, e o primeiro, um apito. Ao sinal dado, aqueles que tem o lenço na mão atam-no no braço direito do colega da frente, fazendo um nó; o aluno desata o nó de seu braço com a mão esquerda, ata-o no colega da frente e, assim, sucessivamente, até que o primeiro dê o sinal de que sua equipe terminou. Vence a equipe que apitar primeiro. Essa é uma ótima atividade para desenvolver a coordenação motora fina e a lateralidade (DIEHL, 2006).

Habilidades Sociais: um dos valores contemplados nessa habilidade é o de ajuda ao próximo, portanto para que o aluno aprenda a se relacionar e ajudar os outros, é necessário que durante as aulas de educação física o professor o instigue a isso, trabalhando esses valores através de atitudes como auxiliar na arrumação da quadra e ajudar a guardar o material, por exemplo.

Habilidades de Vida no Lar: o desenvolvimento de algumas habilidades nas pessoas com Down, não precisa ser necessariamente no decorrer das aulas de educação física, elas podem ser desenvolvidas antes ou após as aulas. O simples fato da pessoa ter que cuidar para não perder o casaco de seu uniforme e organizar suas roupas nas aulas de natação, por exemplo, já é um grande aprendizado para eles. Esses aprendizados adquiridos na escola serão transferidos para sua casa.

Utilização dos Recursos da Comunidade: para que o indivíduo saiba usufruir de tudo que a comunidade oferece como: transporte, mercado e farmácia, é necessário que ele tenha uma boa organização espaço-temporal, dessa forma será mais fácil.

Ex: Caçador

Dois alunos serão designados caçadores e deverão ficar de um de cada lado da quadra, enquanto os outros circularão por ela. O objetivo dos caçadores é acertar a bola nas pernas dos participantes, antes que ela toque no chão. Quem for pego pela bola irá para o lado do caçador que o acertou, alternando-se com ele no arremesso. Vence o aluno que conseguir ser o último a ser caçado. Com esta atividade você poderá desenvolver em seu aluno a noção de espaço, com relação ao tamanho da quadra, e a noção de tempo, com relação à bola (DIEHL, 2006).

Saúde e Segurança: nesta habilidade estão contemplados itens que envolvem a própria segurança da pessoa, como atravessara rua. Neste caso é de suma

importância a pessoa saber onde (faixa de pedestre) e quando (sinal verde para pedestres) deve atravessar a rua, para isso devem ser utilizadas atividades que contemplem as cores do semáforo, dentre outras.

Ex: Circuito da Segurança

Deverá ser montado um circuito com três estações, uma estação com música onde eles poderão cantar e dançar; outra com um túnel para eles passarem por dentro e a terceira com um banco para eles andarem se equilibrando. Entre uma estação e outra deverá existir uma “faixa de pedestres”, e o professor deverá segurar duas placas, uma com o desenho de um boneco verde e outra com o desenho de uma mão vermelha. Os alunos estarão divididos nas três estações, ao sinal do professor eles deverão começar a realizar a atividade daquela estação em que se encontra, neste momento o professor estará segurando a placa vermelha; quando ele mostrar a placa verde os alunos poderão trocar de estação, mas deverão andar apenas em cima da faixa de pedestres.

Habilidades Acadêmicas Funcionais: aqui estão presentes as habilidades cognitivas, ou seja, a aprendizagem escolar. Será de grande valia a ajuda do profissional de educação física nesta área, pois através de jogos e brincadeiras o aluno pode aprender com muito mais facilidade vivenciando as atividades propostas.

Ex: Jogo dos Balões

Os alunos ficaram em pé, agrupados em uma área determinada pelo professor. Cada um deles segurará um balão. Ao sinal dado, deverão jogar os balões para cima, mantendo-os no ar através de pequenos toques, sem deixá-los cair no chão nem segurá-los na mão, não importando de quem são os balões. Enquanto o professor conta até dez, os alunos não podem deixar os balões cair. O balão que cair deverá permanecer no chão. Após esse tempo, o grupo conta quantos balões

conseguiram salvar. A cada jogo, incentivar os alunos para que eles salvem mais balões. Essa atividade serve para auxiliar os alunos na aprendizagem dos números (DIEHL, 2006).

Lazer: são nos momentos de lazer que fazemos tudo o que gostamos, jogar bola, assistir tv, etc., mas a pessoa com Síndrome de Down não faz o que tem vontade de fazer nas horas de lazer. Isso acontece porque essas pessoas nem sempre tem a oportunidade de comunicar aos outros suas preferências, ou seja, ela só faz o que os outros a mandam fazer. Para que o indivíduo com Síndrome de Down tenha sua própria autonomia é necessário começar pela comunicação das preferências, pois só ele pode dizer o que gosta e o que quer fazer, algumas dinâmicas são bem úteis para o desenvolvimento dessa área.

Ex: Quem é você?

1. nome
2. quem é você?
3. cor preferida
4. o que mais gosta de fazer
5. o que não gosta de fazer

Uma pessoa de cada vez deverá ir até a frente da turma e se apresentar aos colegas respondendo as perguntas acima. Depois de se apresentar, todos os colegas terão que dizer o que acham daquela pessoa. Essa dinâmica tem como objetivo fazer com que as pessoas possam expressar suas opiniões e preferências.

Trabalho: nesta habilidade um dos fundamentos a ser trabalhado é a questão das regras e também a administração do tempo. Para chegar ao mercado de trabalho o portador da Síndrome de Down terá que aprender a respeitar regras, horários, saber seus direitos, seus deveres e respeitar o próximo.

Ex: como sugestão de atividade para desenvolver tais habilidades, podemos citar o futebol. Nesse jogo os alunos terão que obedecer as regras, respeitar o adversário e obedecer o tempo de jogo (1º tempo, intervalo e 2º tempo). Dessa forma podemos comparar o futebol com uma empresa, onde ele terá horários e regras para cumprir e padrões e amigos para respeitar.

Autonomia: para que o sujeito tenha sua autonomia é preciso que ele tenha todas as outras habilidades bem desenvolvidas. Assim ele poderá tomar decisões sozinho, se cuidar e se relacionar com os outros. Para isso qualquer tipo de atividade, onde ele possa se expressar, dar opiniões e realizar as tarefas sozinho, estará contribuindo para a formação de um cidadão com Síndrome de Down autônomo.

As pessoas com Síndrome de Down têm certa dificuldade de manter a atenção e processar informações, por isso, o educador no momento de aplicar as atividades deve tomar alguns cuidados:

- As atividades devem ser selecionadas de acordo com o nível de desenvolvimento geral dos indivíduos, considerando o princípio da individualização;
- Usar a criatividade, propondo atividades que prenda a atenção dos educandos;
- Fazer adaptações nos jogos, quando necessário;
- Não subestimar a capacidade dos educandos;
- Evitar situações frustrantes;
- Procurar desenvolver lentamente as atividades mais complexas;
- Evitar longas instruções, dar orientações claras e breves;
- Demonstrar as atividades propostas (CIDADE e FREITAS, 2005).

CONCLUSÃO

Através das pesquisas bibliográficas realizadas em livros e sites especializados em Síndrome de Down, podemos concluir que nestes últimos 5 anos não houve uma mudança significativa que viesse contribuir para uma melhor condição de vida do portador da Síndrome de Down. O que se observou foi um grande avanço na área médica, no que diz respeito ao diagnóstico e a prevenção da síndrome.

Exames mais detalhados como o ultra-som morfológico, que serve para detectar a mal formação fetal, e o doopler do duto venoso, que serve para detectar problemas cardíacos, vieram para ajudar no diagnóstico precoce (ainda durante a gestação), possibilitando que seja realizado uma boa estimulação logo após o nascimento, ou alguma cirurgia se necessário, para que a criança possa ter um bom desenvolvimento e para que os pais tenham um acompanhamento psicológico desde o início e aceitem com mais facilidade a chegada dessa criança.

Com relação a prevenção da Síndrome de Down, foi descoberto recentemente que a ingestão de ácido fólico antes e durante a gestação pode diminuir as chances de uma mulher vir a ter um bebê com a síndrome. Há algum tempo atrás a Síndrome de Down era incurável e sem formas de prevenção, hoje ela continua sem cura, porém já temos condições de diminuir as chances de nascimentos de bebês com Down. Sem dúvida foi uma grande contribuição da área médica para nós.

Quanto à atividade motora adaptada, o que se concluiu foi que ela já vem a algum tempo contribuindo para um melhor desenvolvimento do Down com relação às habilidades adaptativas.

Acredito que este estudo foi válido para mostrar um pouco mais da história do portador de Síndrome de Down e o quanto já evoluímos nessa área. É importante relembrar que há alguns anos atrás a expectativa de vida de um Down era baixíssima, hoje com os estudos realizados (que por sinal ainda são poucos) e a união de pais e profissionais da área da saúde já aumentamos muito esse tempo de sobrevida. O que ainda está faltando é a sociedade se conscientizar de que estas pessoas são capazes de se tornarem cidadãos autônomos e produtivos, basta acreditar e dar a oportunidade para que eles mostrem suas capacidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, Miguel Angel Verdugo. El cambio de paradigma em la concepcion del retraso mental: la nueva definicion de la AAMR. **Siglo Cero** vol 25 (3), 1995.

APAE, 2006. Disponível em: <http://www.apaebrasil.org.br> página de abertura. Acesso em: 07/05/06.

BALLONE, G J - Deficiência Mental - in. **PsiquWeb.** Disponível em <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/dm1.html> revisto em 2003. Acesso em: 11/05/06.

BÄUML, Deisy Mohr. Alfabetização – teoria e prática pedagógica com educandos de classe especial em escola regular – deficiência mental. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 2001.

BIBAS, Josiane Mayr. Guia de estimulação para a criança com Síndrome de Down. Curitiba: DEAGE – LEGRAF Banestado, 1999.

CIDADE, Ruth Eugênia Amarante. O uso de dicas específicas como estratégia de atenção seletiva em portadores da Síndrome de Down. **Dissertação de Mestrado**, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, Campinas, 1998.

CIDADE, Ruth Eugênia Amarante; FREITAS, Patrícia Silvestre de. Introdução à Educação Física e ao Desporto par pessoas portadoras de deficiência. Curitiba: Ed. UFPR, 2005, Ed. revisada e atualizada.

COSTA, Alberto Martins da; SOUSA, Sônia Bertoni. Educação Física e desporto adaptado: história, avanços e retrocessos em relação aos princípios da integração/inclusão e perspectivas para o século XXI. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n.3, p. 27-42, maio 2004.

DIEHL, Rosilene Moraes. Jogando com as diferenças:jogos para crianças e jovens com deficiência. **São Paulo: Phorte,2006.**

Educação Física, Desporto e Lazer: proposta orientada das ações educacionais. **Coordenadora: Ivanilde Maria Tibola** **Brasília: Federação Nacional das APAEs,** **2001.** Disponível em: http://www.apaebrasil.org.br/repositorio/DF/educacao_fisica.pdf. Acesso em:20/05/06

FERREIRA, Solange Leme. Aprendendo sobre a deficiência mental: um programa para crianças. **São Paulo: Memnon, 1998.**

FILHO, Ruy do Amaral Pupo. Cuidados de Saúde para Indivíduos com Síndrome de Down. **Santos,** **Setembro/1996.** Disponível em: <http://www.ecof.org.br/destaques/down/testes.htm>. Acesso em: 21/05/06.

FONSECA, Vitor da. Educação Especial: programa de estimulação precoce – uma introdução às idéias de Feuerstein. **2 ed. rev. Aumentada – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.**

GIMENEZ, Roberto. Atividade física e deficiência mental in **Atividade física adaptada: qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais**, pág. 95. Organizadores: **Márcia Greguol Gorgatti e Roberto Fernandes da Costa.** **Barueri, SP: Manole, 2005.**

GORLA, José Irineu; ARAÚJO, Paulo Ferreira de & CARMINATO, Ricardo Alexandre. Desempenho psicomotor em portadores de deficiência mental: avaliação e intervenção. **Rev. Bras. Cienc. Esporte, Campinas, v. 25, n.3, p. 133-147, maio 2004.**

MARQUES, Luciana Pacheco. O professor de alunos com deficiência mental: concepções e pratica pedagógica. **Ed. UFJF, 2001.**

MOELLER, Ingelore. Diferentes e especiais. Edição nº 156 – Janeiro de 2006. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente> . Acesso em: 17/09/06.

MUSTACCHI, Zan. Exames para diagnosticar Síndrome de Down. Disponível em: <http://www.bebe2000.com.br/materia.asp?materia=574>. Acesso em: 17/09/06.

PEREIRA, Alessandra. Vitamina diminui risco de ter filho com síndrome de down. Centro de Genética Médica da Unifesp aponta que ácido fólico ajuda a prevenir a doença . Disponível em: <http://www.portaldopsicologo.com.br/atualidades/vitaminas.htm>. Acesso em: 13/08/06.

PICK, Rosiane Karine; ZUCHETTO, Ângela Teresinha. Comportamentos sociais de um portador da Síndrome de Down evidenciados na prática de atividade física: um estudo de caso. Anais do III Congresso Brasileiro sobre Síndrome de Down, volume complementar, 15 à 18 de Novembro de 2000. Curitiba – PR

PUESCHEL, Siegfried. Síndrome de Down, Guia para pais e educadores. Campinas, Papirus, 1995.

RODINI, Elaine Sbroggio de Oliveira; SOUZA, Aguinaldo Robinson de. Síndrome de Down: características e etiologia. Rev eletrônica Cérebro e Mente nº4, Dez1997/Fev1998.

Disponível em: <http://www.cerebromente.org.br/n04/doenca/down.htm>. Acesso em: 09/05/06

SOS DOWN, 2006. Disponível em: <http://www.sosdown.com/site/indice.htm>. Acesso em: 09/05/06.

SPECIAL OLYMPICS. 2006 Disponível em: <http://specialolympicsbrasil.org.br/deficiencia.htm>. Acesso em: 20/05/06

